

DES LEPTOMÉNINGITES

D'ORIGINE OTIQUE

à forme prolongée

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS GAGNEU

Né le 23 septembre 1892, aux Abrets (Isère)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1920

DES LEPTOMÉNINGITES

D'ORIGINE OTIQUE

à forme prolongée

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX
COMMANDEUR	CADE	COTTE	CORDIER
NEVEU-LEMAIRE	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANNOIS, *Président*; MOURIQUAND, *Assesseur*;
MM. CADE et FROMENT, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DES LEPTOMÉNINGITES

D'ORIGINE OTIQUE

à forme prolongée

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS GAGNEU

Né le 23 septembre 1892, aux Abrets (Isère)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552303_0080

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

Nous avons trouvé en lui le plus bel exemple de devoir et de labeur. Nous lui dédions ce modeste travail dans un sentiment de profonde affection et d'immense gratitude.

A MA COUSINE MARIE REY

En témoignage de ma vive affection.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, M. LE PROFESSEUR LANNOIS

Il nous fait le grand honneur de présider
cette thèse. Nous le prions d'agréer
l'hommage de nos plus respectueux
remerciements.

A M. LE DOCTEUR JACOD

Qui a bien voulu nous éclairer au cours
de ce travail de ses précieux conseils.
Nous lui présentons ici l'assurance de
nos sentiments reconnaissants.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A M. LE DOCTEUR HERMITE

Chirurgien-Accoucheur des Hôpitaux de Grenoble

Nous avons longtemps rempli les fonctions d'interne dans son service de la Maternité. Il nous a toujours porté un bienveillant intérêt. Nous sommes heureux de lui offrir ici un vif témoignage de notre très profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LYON
ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE GRENOBLE

MM. GIRARD (*in memoriam*), PORTE, JACQUEMET
J. BESSON, SAPPEY, DALBAN,
DESCHAMPS, BARBIER, HERMITE

A M. LE DOCTEUR ROUX

Qui nous a toujours témoigné une grande sympathie. Nous lui en exprimons notre sincère gratitude.

A M. LE DOCTEUR NIEPCE

Nous le remercions vivement de la précieuse amitié dont il nous a honoré.

AVANT-PROPOS

Les méningites si fréquemment étudiées ces dernières années restent à l'ordre du jour des complications endocraniennes d'origine otique.

Notre Maître, M. le professeur Lannois, en nous inspirant le sujet de cette thèse, a bien voulu nous communiquer trois observations de méningites otogènes qui, par leur évolution peu classique, se distinguent nettement des formes habituellement observées.

Nous nous faisons un devoir de reconnaissance de lui exprimer, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et les conseils éclairés qui ont guidé notre travail, l'expression très vive de notre respectueuse gratitude.

Notre reconnaissance ira aussi à M. le docteur Jacod dont l'accueil fut toujours si indulgent et qui nous a puissamment aidé de ses précieuses indications.

INTRODUCTION -- HISTORIQUE

La méningite microbienne a toujours été une des complications d'origine otique les plus étudiées par les otologistes.

Sa pathogénie, ses symptômes, son traitement, ont fait l'objet d'études approfondies et de nombreux auteurs ont établi les signes caractéristiques qui, au cours d'une otite, permettent de poser le diagnostic précoce de cette grave complication méningée.

Mais, jusqu'à ces dernières années, on avait l'habitude de considérer la leptoméningite otogène comme une affection parfois suraiguë, habituellement aiguë, à marche progressive, dont la durée ne devait guère dépasser une dizaine de jours. Cette évolution, en réalité, n'est pas toujours aussi régulière, et il existe des cas où les lésions anatomiques, même diffuses, ne donnent pas l'ensemble des symptômes habituels.

Parfois même, la méningite prend une forme larvée. Son évolution est déconcertante, et l'on peut assister à des phases de rémissions trompeuses. Ces accalmies durent parfois de longues semaines, permettant au malade, qui sent son état général singulièrement amélioré, de

croire qu'il franchit l'étape d'une convalescence heureuse. Il peut arriver alors que, sous l'influence de conditions mal connues, le processus méningé se réveille pour aboutir en quelques jours, parfois en quelques heures, à une terminaison fatale.

Brieger, en 1899, fut le premier à signaler de pareilles anomalies d'évolution et il s'exprimait en ces termes : « A côté du type clinique classique de la méningite otogène, tel que les livres l'enseignent comme typique, il y a des formes de cette maladie qui, par leur évolution et leurs symptômes, se différencient du complexe symptomatique considéré comme caractéristique de la méningite otogène... » Et, à côté de la description de Körner, qui signale deux formes, l'une se déclarant brusquement et évoluant de même, et l'autre plus lente, torpide, qui ne montre qu'une infime partie du tableau clinique, Brieger admet la nécessité de leur adjoindre une troisième forme, qui est caractérisée par une « évolution intermittente », coupée de longues périodes de calme. A l'appui de cette thèse, il publie deux observations que nous reproduisons.

Une observation, qu'a rapporté J. Hollinger, dans « The Laryngoscope », de février 1911, et dont nous donnons le résumé, vient à l'appui de celles de Bierger.

Enfin, MM. Lannois et Jacod ont bien voulu nous communiquer le cas d'un de leurs malades soigné dans le service de M. le professeur Lannois en octobre 1913, chez lequel une méningite purulente diffuse dès le début eut une évolution très lente. Après une trépanation mastoïdienne, elle parut s'atténuer comme si elle allait guérir, présenta plusieurs exacerbations et plusieurs rémis-

sions, puis entraîna la mort en deux jours, après une durée de deux mois.

Cette observation nous a paru éminemment démonstrative pour nous permettre d'essayer d'interpréter de telles formes si peu fréquemment rapportées.

Nous pensons que les leptoméningites d'origine otique doivent être considérées sous trois formes principales :

1° Les formes foudroyantes ;

2° Les formes aiguës classiques (évoluant en dix jours environ) ;

3° Les formes prolongées.

Ces dernières, à leur tour, se divisent en :

a) formes lentes, subaiguës ;

b) formes à rémissions.

Ce sont les « formes prolongées » qui vont plus particulièrement faire l'objet de ce travail.

Etiologie

Lermoyez, qui a consacré de très importants travaux à la méningite otogène, a écrit : « Le prologue de la méningite otogène a lieu dans l'oreille. La scène se passe en deux endroits ; d'abord dans l'oreille moyenne, ensuite dans l'oreille interne. Cette seconde localisation n'est que fréquente, la première est constante. »

Toute otite moyenne peut, à un moment donné, et de façons diverses, déclencher une méningite. Mais l'otite causale n'est pas fatalement une otite aiguë. Encore faut-il, comme le fait remarquer Perrin, faire la part de certaines otites chroniques réchauffées « dont la réacutisation tardive, selon les termes de Lermoyez, se confond facilement avec une acutisation primitive ».

D'après les cas observés par MM. Lannois et Sargnon, à Desgenettes, au cours de la guerre, il semble que, dans la plupart des cas, l'otite aiguë ou la réacutisation doivent être mises en cause. (Thèse de Sureau.)

Il faut bien savoir que l'otite causale n'est pas nécessairement une otite grave ; elle peut être simple, bénigne, et même en apparence guérie.

L'infection peut d'abord gagner l'oreille interne avant de pénétrer dans le crâne et Lermoyez attache à ce genre

de propagation une importance considérable pour le pronostic qui deviendrait ainsi particulièrement fâcheux. Mais il ne faut pas oublier que le passage peut se faire par l'intermédiaire d'une carie du toit de la caisse ou de l'antre, par un abcès périsinusal, etc.

L'otite est donc la cause directe de la complication méningée. Mais il existe, sans aucun doute, des causes prédisposantes. Le plus souvent, la méningite otique survient chez des individus vigoureux, sans passé pathologique net (Perrin, Th. de Lyon, 1914).

D'autre part, MM. Lannois et Sargnon ont cru observer que la proportion des méningites otogènes avait été plus fréquente durant la dernière guerre que pendant la paix. Cela tiendrait vraisemblablement aux mauvaises conditions hygiéniques et aux fatigues prolongées.

D'après les recherches de Lermoyez, l'âge et le sexe ne semblent pas avoir l'influence que leur attribuaient les classiques.

L'hérédité, au contraire, paraît avoir une plus réelle importance dans la complication méningée d'une otite, et on a émis l'hypothèse qu'elle serait due à une malformation anatomique de la mastoïde, dont certaines cellules seraient moins éloignées qu'à l'état normal des méninges péricérébelleuses.

Toute maladie infectieuse exposant à une complication du côté de l'oreille pourra être le point de départ d'une méningite otogène. Tel est le cas de la grippe, la scarlatine, la rougeole, la typhoïde, etc. Ajoutons, pour être complet, que pour Löwy et Frey, le diabète serait souvent en cause.

Pathogénie

Brieger, commentant son observation que nous reproduisons (Obs. III) propose pour ce cas l'explication suivante : Autour du rocher malade, s'établit un foyer de méningite purulente localisée, ou peut-être même un foyer extra-dural qui se traduit cliniquement par des symptômes à peine perceptibles.

De temps à autre, le foyer périauriculaire se réchauffe et donne lieu à un œdème inflammatoire qui s'étend à tout l'espace sous-arachnoïdien. Il en résulte anatomiquement une augmentation de quantité de liquide céphalo-rachidien et, cliniquement, on a le tableau de la méningite otogène. Spontanément ou par ponction lombaire, l'excès de liquide est éliminé, les signes disparaissent ; puis, de nouveau, se succèdent plusieurs phases de latence. Mais le foyer morbide existe toujours, qui menace de s'étendre à toute la cavité arachnoïdienne.

Alors, les accès méningés se rapprochent à mesure que les membranes molles sont progressivement envahies, jusqu'au jour où finalement éclate le syndrome méningé fatal. Il y a donc une progression lente dans la diffusion des lésions anatomiques qui procèdent par bonds coïncidant avec les aggravations cliniques.

Mais dans le cas signalé par MM. Lannois et Jacod (Obs. I), l'explication ne saurait être la même.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une leptoméningite vraiment purulente et diffuse dès le début. Pourquoi ce malade a-t-il résisté si longtemps à des lésions si graves et si généralisées ? Toutes les conceptions ne peuvent être que des hypothèses.

La résistance de l'individu doit certainement jouer un rôle, mais il semble bien qu'il ne soit que secondaire et de peu de valeur en présence d'une pareille extension du processus pathologique. Il paraît plus logique de songer à une atténuation de la virulence microbienne sous des conditions qui nous restent inconnues.

Nous devons pourtant, par un rapprochement nécessaire, rappeler que, dans les méningites tuberculeuses, les rémissions sont fréquentes durant quelques semaines et parfois plusieurs mois (Carrière). J.-A. Sicard a observé, chez un adulte, un cas de rémission avec état de santé à peu près parfait durant les sept mois qui constituèrent l'étape intermédiaire entre les deux poussées, la dernière rapidement mortelle. D'autre part, le même auteur, dans les méningites cérébro-spinales, a noté, à côté de formes prolongées ou rémittentes, des formes ambulatoires où, malgré la présence de ménin-gocoques dans le liquide céphalo-rachidien, les ménin-gitiques continuaient à vaquer à leurs occupations journalières, à peu près apyrétiques, et ne souffrant que transitoirement de céphalée.

Et, dans ces formes prolongées et intermittentes de méningites otogènes, pourquoi ne penserions-nous pas à une méningite qui, quoique diffuse, était en voie de guérison lorsqu'un réchauffement du foyer initial est venu donner le coup de fouet qui devait entraîner sur un

terrain anémié par des suppurations osseuses et de longues souffrances le syndrome méningé fatal.

Symptômes — Évolution

Nous ne rappellerons ici que pour mémoire la symptomatologie des méningites aiguës classiques. Début plus ou moins insidieux, amaigrissement, quelquefois photophobie, sont des prodromes qui, chez un otitique, doivent mettre en éveil; de même toute perturbation psychique (irritabilité, taciturnité) surtout chez l'enfant. Bientôt, du reste, le syndrome méningé s'installe et se complète: température, céphalée atroce, vomissements, contractures (signe de Kernig), troubles sensitifs (hyperesthésie cutanée, raie méningitique), paralysies diverses, au premier rang desquelles il faut citer la paralysie faciale sur laquelle Larmoyez a insisté avec raison: « Une paralysie faciale apparaissant spontanément au cours d'une otorrhée, est un des plus sérieux signes d'alarme que nous fournit l'oreille moyenne. »

Quel que soit le mode de début de ces méningites, leur évolution est particulièrement rapide, que l'on soit en présence, soit d'une forme foudroyante évoluant parfois en quelques heures, soit d'une forme rapide la plus habituelle dont la durée dépasse rarement une dizaine de jours.

Dans les formes lentes qui font l'objet de cette étude (forme prolongée et forme à rémissions) la symptomatologie est plus discrète. Elles n'empruntent, en général, que des éléments atténués aux formes précédentes et c'est surtout la marche de l'affection qui est caractéristique et nous semble pouvoir les individualiser.

Nous allons néanmoins étudier la valeur des différents symptômes recueillis au cours des observations que nous publions :

1° Symptômes fonctionnels et généraux. — La fièvre est variable, se maintenant le plus souvent autour de 39° dans les formes prolongées. Dans les formes à rémissions, elle suit la marche des autres manifestations cliniques, s'élevant au moment des crises pour s'atténuer et revenir aux abords de la normale pendant les périodes de calme. L'observation de MM. Lannois et Jacod nous en montre un exemple caractéristique. Dans ce cas, nous remarquons cependant que, même dans les périodes de bien-être relatif, la température n'est jamais descendue au-dessous de 37°,5.

Nous pouvons rapprocher de ces faits le cas signalé par Jaccoud, dans sa clinique médicale, 1884-85. Il s'agissait d'une méningite à évolution rapide, mais à symptômes latents et où il signale que le seul indice clinique de réaction méningée consista en une élévation de température de 38°,4 seulement. Bien plus, Brieger, dans la revue de la Société allemande d'otologie, de 1899, dit : « Ces méningites spinales consécutives à une collection purulente de l'oreille peuvent évoluer, sans fièvre aucune, jusqu'aux dernières heures qui précèdent la mort. »

La céphalée précoce est constante, toujours intense localisée en général du côté de l'oreille malade (observ. I et III) s'étendant jusqu'à la nuque.

Dans la forme à rémissions de l'Observ. I, même dans les meilleures périodes, le malade s'est toujours plaint un peu de sa tête et, à chaque malaise nouveau, une céphalée occipitale revenait violente et intolérable.

Troubles psychiques. — Ils se caractérisent fréquemment au début par un état d'excitation marquée. Durant les périodes de crises, surtout la nuit, le malade est en proie à une agitation incessante (Observat. I). Le malade de cette observation ne présente aucun trouble psychique quelconque pendant les périodes de rémission et à ces moments son bien-être est parfait.

Le malade de l'Observation II délire violemment pendant sa dernière crise du 7 mai, puisque le 8 mai au matin, il ne gardait aucun souvenir de la ponction lombaire douloureuse subie la veille.

Vomissements. — Les vomissements à caractère cérébral, en fusées, ne s'accompagnant pas d'effort, sont signalés dans toutes les observations que nous publions.

Symptômes physiques. — Contractures. — L'apparition des contractures n'est pas constante au début comme dans les méningites aiguës et la méningite peut être installée depuis plusieurs jours, alors que ni raideur de la nuque, ni Kernig ne sont venus apporter leur appoint dans le faisceau symptomatique. L'analyse de nos observations est particulièrement démonstrative.

Dans l'Observation I, ni raideur de la nuque ni Kernig du 12 octobre au 16 décembre, date à laquelle seulement on les voit apparaître, c'est-à-dire quatre jours

avant la mort et si marquée alors « que le malade a la tête renversée en arrière ».

De même, dans l'Observation IV, la méningite a évolué d'une façon tellement latente que Brieger pensa longtemps à de l'hystérie, et ce n'est que quatorze jours après l'entrée que la raideur de la nuque et le Kernig apparurent, alors que cependant l'autopsie montra « de vieux épaississements couenneux de la substance blanche », preuve d'une méningite datant de quelque temps.

Par contre, dans les Observations II et V, les contractions étaient précoces et contribuèrent à éclairer le diagnostic.

Troubles oculaires. — Nystagmus. — Dans l'Observation I, au début, on constate un léger nystagmus spontané dans la direction du regard à droite, qui disparaît après la première intervention. Quatre jours avant la mort, au moment de la dernière crise, il est alors spontané et bilatéral pour les positions extrêmes du regard.

Dans l'Observation V, le malade présente, un jour après son entrée, un grand nystagmus spontané dans toutes les positions de l'œil : « Le 15 avril, après l'intervention, les pupilles sont contractées, mais réagissent, le nystagmus n'est plus incessant et ne se produit que dans le regard latéral ; il est beaucoup plus marqué à droite. » D'autre part, un fait intéressant à noter chez ce malade est qu'au cinquième jour le nystagmus changea de côté et cessa dans la vision à droite pour être encore très marqué pendant plusieurs jours dans la vision à gauche ; il est vraisemblable que le premier était dû à de l'irritation labyrinthique et le second à des lésions de la corticalité.

Nous retiendrons de cette étude que les symptômes observés n'ont en eux-mêmes par leur inconstance et leur atténuation qu'une valeur toute relative pour le diagnostic des formes latentes. Celles-ci ne possèdent donc pas à proprement parler une individualité symptomatologique.

Mais par leur évolution simplement lente dans les « formes prolongées »; lente avec périodes d'accalmie dans les formes (à rémissions), nous pouvons dire que l'ensemble clinique dans de tels cas se différencie nettement de la forme classique habituellement enseignée. La caractéristique des formes prolongées se trouve dans le peu de fracas des symptômes permettant une évolution continue mais subaiguë.

Au contraire, les formes à rémissions procèdent pour ainsi dire par bonds. Ce sont des successions de crises plus ou moins éloignées les unes des autres et où nous trouvons tout ou une partie des symptômes énumérés plus haut. Dans l'intervalle de ces manifestations morbides, le malade semble renaître à la santé et son état général ne paraît garder que des traces infimes des graves symptômes observés.

Diagnostic

Beaucoup de méningites otogènes ne sont pas rapportées à leur véritable cause : cela tient à ce que l'otorrhée est insignifiante ou même tarie lorsqu'éclatent les signes d'envahissement des méninges. Aussi est-ce une règle qui ne doit souffrir aucune exception de toujours examiner l'appareil auditif d'un malade atteint de méningite.

Lorsqu'on est en présence de phénomènes méningés aigus, le diagnostic s'impose : les symptômes sont alors au complet et toute hésitation paraît impossible. Toute autre est la situation en présence d'une méningite à forme lente ; nous avons vu combien cette affection est insidieuse dans sa marche ; le faisceau symptomatique est souvent des plus réduits. On comprend dès lors toutes les difficultés d'un diagnostic purement clinique. A plus forte raison lorsqu'on est en présence d'une forme à rémissions et que le malade est observé durant une période de bien-être relatif. Des signes méningés peuvent, d'ailleurs, apparaître sans infection des espaces sous-arachnoïdiens ; le diagnostic est alors à faire avec toutes les maladies infectieuses s'accompagnant de cet état que certains auteurs ont rangé sous l'appellation de méningisme.

Chez l'enfant, particulièrement, où des symptômes méningés plus ou moins fugaces sont souvent le prélude

d'une affection de l'appareil respiratoire ou de l'appareil digestif; chez l'adulte même où Brieger rapporte le cas d'une méningite otogène qui, en l'absence de symptômes nets et eu égard à la réaction de Widal positive, fut prise tout d'abord pour une typhoïde.

Par contre, les signes habituels de souffrance des méninges peuvent faire défaut, malgré une suppuration étendue de ces membranes. Dans sa thèse, Blanluet rapporte le cas d'une leptoméningite suppurée généralisée sans aucun symptôme d'irritation du cerveau, du bulbe ou de la moelle. Dans cette observation, la céphalée et l'élévation thermique avaient été les seuls symptômes ayant permis de soupçonner l'infection méningée.

Il n'existe pas, en effet, de signe pathognomonique de cette affection; la raideur de la nuque peut s'observer dans le cas d'abcès extra-dural de l'étage postérieur ou dans l'abcès du cerveau; de même le signe de Kernig se voit dans d'autres affections intracrâniennes et peut manquer dans la méningite.

Nous allons passer successivement en revue les affections diverses avec lesquelles peut être confondue une leptoméningite otogène à forme lente.

Nous ne citerons que pour mémoire la thrombophlébite du sinus qui s'annonce par de violents frissons et de la fièvre et qui présente une température à grandes oscillations caractéristiques.

Le diagnostic est à faire avec la pyolabyrinthite, car nous savons que c'est presque toujours par l'intermédiaire de l'oreille interne que se produit l'envahissement des méninges. C'est souvent question d'étape. Vomissements, douleurs violentes peuvent être provoqués uni-

quement par la labyrinthite ; mais on peut dire qu'une élévation thermique, si légère soit-elle, doit faire penser à une complication méningée. La recherche du nystagmus de Barany pourra rendre ici de grands services.

Deux affections sont d'un diagnostic beaucoup plus délicat :

L'abcès extra-dural s'accompagne fréquemment, en effet, de raideur de la nuque et ce n'est parfois qu'au cours de l'intervention que le diagnostic pourra être établi.

L'abcès du cerveau peut simuler complètement la méningite diffuse et le diagnostic est particulièrement difficile dans les méningites à allures insidieuses et traînantes. La céphalée, les vomissements, la raideur de la nuque se retrouvent dans les deux affections. La méningite peut, d'autre part, provoquer de l'aphasie comme un abcès du cerveau. C'est ce que Brieger avait noté : « Parfois, il se produit des symptômes d'épilepsie ou bien d'excitation dans la musculature des extrémités qui pourraient être de même considérés comme étant la conséquence d'un abcès du cerveau, sans que le tableau clinique général fasse songer à une méningite » ; et, à l'appui de cette affirmation, il rapporte le cas d'un malade chez qui « petit à petit se développe une parésie de la musculature des extrémités qui, en l'absence complète de symptômes méningés, fit penser à un abcès du Pont de Varolle... A l'autopsie, on trouve une collection purulente de l'espace sous-arachnoïdien.

Peut-être, peut-on dire que l'inégalité pupillaire si fréquente dans la méningite, est rare dans l'abcès du cerveau, de même que l'élévation thermique. Le

ralentissement du pouls, quand il existe, est un signe de très grande valeur en faveur d'un abcès du cerveau.

Parmi les affections méningées, la méningite tuberculeuse se distinguera par l'anamnésie, l'amaigrissement, l'absence de symptômes auriculaires initiaux.

La méningite cérébro-spinale sera éliminée grâce à son évolution rapide, à la notion d'épidémicité; mais il est certaines formes particulièrement troublantes pour le diagnostic: ce sont celles que Sicard a décrites sous le nom de formes prolongées, durant souvent trois ou quatre mois, mais avec parfois des rémissions, des accalmies (forme rémittente, forme ambulatoire).

Dans la méningite syphilitique, les vomissements sont rares ainsi que le Kernig et les contractures de la nuque. Les modifications pupillaires sont la règle s'accusant par leur irrégularité, leur inégalité, leur paresse à la réaction de la lumière. La ponction lombaire donnera un liquide clair, très chargé en albumine, riche en lymphocytes et en cellules épithéliales.

On le voit, le diagnostic clinique présente des difficultés sérieuses. Pour étayer et affirmer celui-ci, il ne nous reste qu'un moyen, la ponction lombaire, suivie de l'examen cytologique et bactériologique du culot. « La ponction lombaire, a dit Sicard, doit être pratiquée pour affirmer le diagnostic hésitant, aussi bien « que comme méthode thérapeutique. Faite avec une « aiguille fine, sans tâtonnement, et à condition de ne « pas soustraire plus de 10 à 12 cm³ de liquide à la première ponction, la rachicentèse est inoffensive chez les « otitiques suspects d'infection méningée. »

Il n'est pas nécessaire pour affirmer le diagnostic de

méningite que le culot centrifugé renferme des microbes comme le veulent les auteurs allemands ; l'altération cytologique suffit.

Plusieurs cas peuvent d'ailleurs se présenter :

1° Le liquide apparaît trouble ou même purulent, plus ou moins riche en polynucléaires ou en microbes. L'infection méningée est incontestable.

2° Le liquide est clair, mais on y décèle une polynucléose assez abondante associée à un certain degré de lymphocytose, mais sans microbes ; l'albumine rachidienne donne une forte réaction. Ici encore, on peut affirmer la méningite.

3° Le liquide est clair, amicrobien, avec lymphocytose moyenne, peu d'albumine, glycose normale. On ne peut alors conclure à de l'infection vraie méningée, mais à une réaction locale otitique de voisinage, syndrome biologique pouvant d'ailleurs n'être que le prélude d'une méningite vraie.

4° Au cas de polynucléose rachidienne, l'aspect sain, de bon aloi, avec contour protoplasmique net du polynucléaire serait l'indice d'un état méningé (Widal) et non d'une méningite franche.

On le voit, la ponction lombaire est la clef du diagnostic ; elle seule permet d'affirmer l'existence d'une infection des méninges que nous avons vue si insidieuse dans ses symptômes, si particulière par son évolution. Encore faut-il qu'on puisse la pratiquer et que l'on ne soit pas arrêté par la trop grande purulence de l'épanchement comme cela s'est produit pour MM. Lannois et Jacod.

C'est encore à la ponction lombaire que nous aurons

recours, comme nous allons le voir, pour établir le pronostic des formes lentes de la méningite otogène.

Pronostic

Le pronostic des méningites à « formes lentes » est lié à la question de la curabilité des méningites otiques en général.

En 1906, MM. Lannois et Perretière publiaient déjà une observation d'où il ressortait que l'intervention mastoïdienne avait provoqué « un enraiment transitoire d'une leptoméningite otique aiguë suppurée » et laissant prévoir que si le malade n'avait été porteur d'une grave lésion cérébelleuse méconnue, masquée par la méningite, on aurait eu probablement une guérison.

« On peut supposer, disaient ces auteurs, que, dans certains cas de méningite diffuse, l'infection méningée a débuté par une forme localisée qui s'est étendue, faute d'un débridement opportun. » Il existe souvent, en effet, des méningites secondaires, c'est-à-dire consécutives à un abcès sous-duremérien, encéphalique ou sinusien, ouvert dans la cavité arachnoïdienne. Cette méningite est la plus fréquente; aussi peut-on prévoir que le nombre des méningites généralisées serait moindre si l'on avait coutume d'intervenir dès les premiers signes d'une infection endocrânienne. « Aujourd'hui, on peut affir-

mer la curabilité de la méningite diffuse **déclarée** et cela dans toutes ses formes anatomiques, bien qu'à des degrés divers. »

Nous sommes loin des idées de Körner qui, en 1894, déclarait qu'il n'existait pas un seul cas probant de méningite suppurée guérie. Et déjà, en 1899, Brieger déclarait, au Congrès de Londres: « Naturellement, la guérison de la méningite généralisée est bien rare, mais elle est incontestablement possible; et étant donnée l'innocuité de l'intervention dans les cas de ce genre, l'existence avérée de cette complication ne peut aucunement constituer une « contre-indication absolue à l'intervention chirurgicale. »

En 1901, Gradenigo publie trois cas de méningite otitique qui guérissent tous trois après la trépanation mastoïdienne et (deux fois) la craniotomie exploratrice.

MM. Lermoyez et Bellin relatent, en 1904, deux cas de guérison chirurgicale de méningites otogènes.

Actuellement on peut dire que la curabilité de la méningite otogène ne fait plus question et que les cas de guérison ne se comptent plus. Renvoyons sur ce point aux mémoires spéciaux en nous contentant de citer la récente et remarquable statistique de Lannois et Sargnon qui, sur 34 cas observés à Desgenettes pendant la guerre, comptent 8 cas de guérison.

La ponction lombaire, d'autre part, a, suivant son résultat, une importance pronostique de réelle valeur, et J.-A. Sicard a pu émettre cette règle générale: « Le pronostic peut se déduire, au cas de méningite otitique microbienne, de l'étude du nombre, de la vitalité et de la virulence des microbes rachidiens; et au cas de

méningite sans microbes (tout au moins décelables par la ponction lombaire) le pronostic reste subordonné au taux de l'albumine, du glycose, et à la qualité des éléments blancs. Beaucoup d'albumine, peu, et, à plus forte raison, pas de sucre, polynucléaires très avariés, ce sont là des signes qui sont les témoins de la gravité du pronostic; les symptômes contraires autorisent moins de réserve. »

Le pronostic des formes aiguës classiques ayant varié avec les progrès de la Chirurgie, celui des formes lentes devait, *a fortiori*, se modifier vers une conception plus optimiste. Là encore cependant, la condition nécessaire est que l'acte opératoire ne soit pas différé et le traitement institué sans relâche.

Dans les formes à rémissions surtout, où les accalmies sont trompeuses, il ne faudra jamais affirmer une guérison certaine sans que les épreuves de laboratoire puissent y autoriser.

Jamais une méningite otogène ne devra être considérée comme guérie, même quand tout symptôme clinique a disparu, si la formule du liquide céphalo-rachidien n'est pas revenue à la normale.

Et lorsque cette ponction lombaire est blanche, comme dans l'Observation I de MM. Lannois et Jacod, le moindre indice clinique d'ordre méningé pourra prendre une grande force de réserve pronostique.

Traitement

Comme nous venons de le voir, le traitement de la méningite otogène a soulevé de très nombreuses discussions puisque il y a quelques années, certains auteurs croyaient fermement à son incurabilité.

Nous examinerons :

1° Le traitement chirurgical;

2° Le traitement médical.

1° Traitement chirurgical. — A l'heure actuelle, tout le monde est d'accord pour apprécier son utilité indéniable, mais l'unanimité n'existe pas depuis très longtemps à ce sujet.

Bergmann écrivait, en effet, en 1899: « Une méningite purulente bien développée et diagnostiquée dans les suppurations de l'oreille doit être laissée en repos. »

Socolowsky conclut, à la fin de son mémoire sur la curabilité de la méningite otogène: « Dans les cas de méningite bien déclarée dans lesquels il y a une marche aiguë, rapide avec aggravation d'heure en heure, il vaut mieux ne pas opérer; mais dans les cas plus légers à marche subaiguë, nous oserions encore opérer malgré les résultats de la ponction lombaire. »

Hennebert va déjà plus loin, en 1905, en déclarant : « Dans tous les cas, à moins qu'il ne s'agisse d'une forme foudroyante, il y a lieu d'intervenir. »

En 1904, le traitement chirurgical est défendu, en France, au Congrès de Bordeaux, par MM. Lermoyez et Bellin, qui rapportent deux cas personnels de guérison chirurgicale. (« Annales des maladies de l'oreille », octobre 1914).

M. le professeur Lannois affirme, depuis longtemps, la nécessité de l'intervention dans tous les cas et il insiste aujourd'hui tout particulièrement sur la précocité de l'opération. C'est de cette précocité que dépendra le résultat.

Quel sera ce traitement chirurgical ?

Lermoyez et Bellin, en 1904, ont formulé la technique suivante :

a) Evidemment large de l'oreille moyenne.

Découvrir la dure-mère sans la franchir; exentération totale de l'oreille moyenne dans tous les cas. Elle permet de nettoyer dans toute son étendue et de drainer complètement le foyer purulent otogène, en même temps qu'elle découvre le toit de l'oreille moyenne et la paroi externe du labyrinthe, les deux régions par où se fait le plus souvent l'infection des méninges. Une craniotomie exploratrice pour la mise à nu systématique de la dure-mère doit se pratiquer au niveau du toit de l'oreille moyenne. Cette première étape doit s'arrêter à la dure-mère sans la franchir.

b) En cas d'échec de l'intervention précédente, mais dans ce cas seulement, il convient de franchir la dure-mère pour pénétrer dans l'espace sous-arachnoïdien. Cette deuxième intervention doit être espacée de la première de quarante-huit heures.

La dure-mère sera incisée en croix, et, dans le cerveau

qui fait hernie, on pratique des ponctions exploratrices à la sonde cannelée sans pénétrer à plus de quatre centimètres de profondeur.

c) Il vaut mieux respecter le labyrinthe.

d) Il faut pratiquer et répéter les ponctions lombaires.

Ces règles opératoires ne sont pas universellement admises.

Körner est partisan de l'ouverture large de la dure-mère.

Friedreich, après avoir incisé la dure-mère au niveau du foyer osseux originel, fait une contre-ouverture à la partie inférieure de la dure-mère spinale après laminectomie vertébrale.

G. Laurens a tenté, dans le même but, des lavages cranio-rachidiens au moyen de deux ouvertures, l'une sus-antrale et l'autre lombaire.

Blanluet, dans sa remarquable thèse de Paris, 1908, commentant la méthode de drainage des méninges de Friedreich, déclare qu'elle est loin d'avoir fait ses preuves: « On comprend mal, dit-il, que cette incision que le cerveau s'empresse de boucher puisse arriver à bien drainer des exsudats purulents, emprisonnés dans les mailles des méninges molles et s'insinuant avec celles-ci dans l'intervalle des circonvolutions et dans la profondeur des scissures. »

L'école otologique lyonnaise a publié de nombreux travaux sur la méningite otogène et M. le professeur Lannois s'est particulièrement intéressé à cette question. Dès 1906, il déclarait: « L'intervention s'impose dans presque tous les cas. Elle doit comporter les temps suivants :

1° Opération primitive sur l'oreille malade et suppression radicale du foyer auriculaire;

2° Ouverture de la fosse cérébrale ou cérébelleuse et mise à nu de la dure-mère crânienne;

3° Incision de la méninge dure et drainage de la cavité arachnoïdienne cérébro-cérébelleuse;

4° Ponction lombaire qu'on renouvellera au besoin.

Mais, dans son dernier mémoire, en collaboration avec le Dr Sargnon, M. le professeur Lannois a encore précisé ce traitement chirurgical en modifiant le troisième temps relatif à l'incision de la dure-mère. Il en donne les raisons dans une communication à la Société médico-chirurgicale militaire, de mai 1916, en ces termes: « Dans l'incision cruciale de la dure-mère, le cerveau congestionné fait hernie aussitôt et vient oblitérer comme un bouchon l'ouverture pratiquée, de telle sorte que le liquide céphalo-rachidien ne peut plus s'écouler. Les jours suivants apparaît l'encéphalite fatale et la substance cérébrale forme un énorme champignon qu'il est difficile de réfréner. »

Aussi, MM. Lannois et Sargnon ont-ils eu l'idée de remplacer l'incision large par une série de mouchetures comme l'avait préconisé Jaboulay.

A la suite des nombreux cas observés pendant la guerre, M. le professeur Lannois a défini sa technique opératoire que les résultats obtenus ont montré satisfaisante: « Il faut faire l'intervention large immédiate (dès que le diagnostic est établi): ouverture complète de toute la mastoïde, de l'antre et de tous les groupes cellulaires, faire communiquer largement l'oreille moyenne avec la caisse par la suppression de la paroi externe de l'adi-

tus. Cela ne suffit pas ; il faut, si les lésions mènent du côté sinusien, ou si l'on soupçonne une collection sinusienne, dénuder le sinus dans sa portion descendante et surtout au niveau de son coude et, dans tous les cas, mettre largement à nu la fosse temporale sur une étendue presque égale à celle d'une pièce de cinq francs. Le cerveau, sous tension, subit ainsi une certaine décompression. Pour agir largement, il faut faire sauter systématiquement le toit de l'ancre et le toit de la caisse qui sont, d'ailleurs, très souvent atteints de carie, cause de la méningite. »

La méningite suppurée, jadis considérée comme au-dessus des ressources de l'art, constitue donc *un nouveau champ chirurgical*. Certes, le trépan aura d'autant plus de chances de donner des résultats qu'il agira plus près du début et de tels malades doivent être opérés *d'urgence* à toute heure de jour et de nuit, dès que la ponction lombaire a éclairé le praticien sur l'importance des symptômes observés. Toutefois, comme l'a bien dit Brieger, il n'y a pas de contre-indication qui puisse retenir l'intervention chirurgicale ; il n'en est d'autre que l'agonie.

2° **Traitement médical.** — Les *ponctions lombaires* répétées réalisent le meilleur drainage de la cavité sous-arachnoïdienne. Elles doivent être fréquentes et l'on doit retirer à chaque ponction au moins 15 cm³ de liquide. Dans ces conditions, elles sont un des plus efficaces moyens de traitement, car elles vident le liquide septique et décompressent le cerveau et la moelle. Elles doivent être répétées tous les jours, puis tous les deux jours jus-

qu'à cessation des moindres symptômes. Dans les cas de rechutes, avec augmentation de la tension du liquide céphalo-rachidien, leur effet bienfaisant est souvent immédiat, comme dans l'Observation II. Lermoyez avait déjà mis en vedette leur effet sédatif remarquable dans une de ses observations: « La malade qui ne pouvait se déplacer en raison de la raideur de la nuque et devait être mise en position de rachicentèse par deux infirmiers pouvait, immédiatement après, reprendre ses mouvements du cou et sentait sa tête considérablement dégagée. »

Les ponctions répétées ont pu produire des guérisons définitives. Tels sont les cas de Meljean, de Labbé et Froin, de Fischer; et de tels exemples avaient déterminé Gradenigo à préconiser seulement un bon drainage de l'oreille moyenne et de nombreuses ponctions lombaires.

Mais nous connaissons les avantages de l'intervention opératoire précoce et nous croyons que, dans tous les cas, il faut, avant tout, supprimer radicalement le foyer d'infection. La ponction lombaire n'en demeure pas moins l'adjuvant nécessaire du traitement opératoire et ces deux actions thérapeutiques se complètent mutuellement.

Certains auteurs ont préconisé des injections rachidiennes de métaux colloïdaux. Caurieu aurait ainsi guéri une méningite compliquant une fièvre typhoïde, et Widal et L. Ramond ont rapporté la guérison d'une méningite à méningocoques.

MM. Lannois et Sargnon ont, à plusieurs reprises, essayé des injections d'électrargol et d'électrauroil; mais ils n'ont pu encore être fixés sur la valeur thérapeutique

de cette méthode. Ils n'ont, d'autre part, pas eu l'occasion de faire d'injection de sérum, sérum antistreptococcique par exemple. Mais ils ont emprunté au traitement des méningites infectieuses aiguës la pratique de la balnéation. Cette pratique dont les résultats ont été encourageants, consiste à donner deux grands bains chauds dans la journée (39° à 40°) avec durée d'une demi-heure environ.

En résumé, traitement chirurgical précoce, ponctions lombaires répétées, bains chauds, tels sont les trois termes importants de tout traitement de méningite otogène.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

De MM. LANNOIS et JACOD

Jean Ch..., manœuvre, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital le soir du 12 octobre 1913 parce qu'il souffre de l'oreille gauche depuis quinze jours. A ce moment ont apparu assez brusquement, sans coryza ni angine, les douleurs lancinantes très violentes dans l'oreille gauche, empêchant le sommeil, accompagnées de surdité et de bourdonnements. Depuis trois jours, le malade souffre d'une hémicranie gauche assez vive avec irradiations dans la nuque ; depuis la même date il vomit presque tout ce qu'il prend. Depuis la veille de l'entrée les douleurs auriculaires sont moins fortes : il s'est produit un léger écoulement par le conduit et une tuméfaction périauriculaire.

A l'entrée, le malade, fort et robuste, présente un certain état d'excitation ; sa démarche est hésitante, un peu ébrieuse. Il a facilement des nausées. Sa température est de 38°5. Il se plaint beaucoup de la tête, surtout au niveau de la région occipitale.

Localement, en plus d'un suintement purulent par le conduit, on constate une tuméfaction siégeant plutôt au-dessus et en avant du pavillon. La fosse temporale est saillante ; il existe nettement à ce niveau de la fluctuation. Le sillon rétro-auriculaire est un peu comblé, mais l'empâtement est peu marqué et va en diminuant jusqu'à la pointe. La palpation est peu douloureuse. L'oreille droite suinte un peu, depuis l'enfance, d'après le malade.

Pas de raideur de la nuque. Au lit pas de Kernig. Nystagmus léger spontané pour la direction extrême du regard à droite.

Intervention d'urgence le 13 octobre (docteur Jacod). — A cause de l'hémicranie, des vomissements et de l'état général, ponction lombaire avant l'intervention. Elle est pratiquée quatre fois de suite par l'interne du service et le docteur Jacod, sans résultat ; on pénètre parfaitement dans le cul-de-sac rachidien, mais il ne sort aucun liquide, même sous aspiration.

A l'intervention, on trouve une collection sous-périostée de la loge temporale profonde ; le pus s'échappe de l'angle supérieur de l'incision, et le doigt pénètre aisément dans la fosse temporale décollée ; pas de point d'ostéite à ce niveau. Le pus est d'odeur fécaloïde, semblable à celui d'une appendicite. L'antre est situé très haut et assez profond ; il existe en avant et en haut de lui des cellules antérieures remplies de pus, ce qui explique le développement antérieur de l'abcès sous-périosté. Au contraire, la mastoïde elle-même ne contient de cellules malades qu'au voisinage de l'antre ; on arrive rapidement sur un os sain. Le sinus latéral n'a pas été vu pendant l'intervention, mais dans la recherche de l'antre, on a découvert involontairement la dure-mère sur une étendue de quelques millimètres. Pansement ordinaire, avec petit drain dans la loge temporale.

17 Octobre. — Premier pansement où on enlève le drain, remplacé par une petite mèche. Le malade paraît avoir eu, dès l'opération, un soulagement considérable : les vomissements et les nausées ont complètement disparu, ainsi que l'hémicranie gauche ; la température est tombée à 38 degrés vingt-quatre heures après l'intervention.

23 Octobre. — La plaie va bien, bien que l'incision superficielle ait tendance à se fermer plus vite que la cavité mastoïdienne. Mais l'examen du malade n'est pas complètement satisfaisant. La température, qui était tombée autour de 37°5, tend à remonter au-dessus de 38 degrés. Le malade présente certaines particularités curieuses ; il paraît doux et très optimiste quand on l'interroge dans la journée, alors que presque

tous les soirs il se plaint de violentes céphalées occipitales, réveille les sœurs de nuit, en criant parfois à cause de la douleur, et s'emporte contre elles sans raison. Il mange bien et n'a plus vomé.

29 Octobre. — Même état avec des périodes de calme plus grand. Dans la journée, il raconte avec locacité qu'il va bien, qu'il ne souffre plus de la tête, sauf un peu le soir. La sœur, chef de service, dit qu'au contraire il se plaint violemment presque tous les soirs et qu'il paraît vraiment souffrir à ce moment dans la région occipitale et à la nuque. Pas de nausées. A l'examen, pas de modification du pouls, pas de raideur de la nuque, pupilles normales, pas de nystagmus. Le malade va et vient, sans troubles dans la démarche.

2 Novembre. — Les 30 et 31 octobre, le malade paraissait aller tout à fait bien. Depuis le 1^{er} novembre, la température est montée au-dessus de 38°5 ; elle est à 39 degrés ce matin. Le malade s'est plaint davantage de la tête, sans autre symptôme. La plaie a tendance à se fermer mal dans la cavité et trop vite à la surface ; pour éviter une fistulisation, on agrandit l'ouverture cutanée. On fait nettoyer également l'oreille droite qui suppure davantage depuis deux jours ; de ce côté, large perforation postéro-inférieure sans bourgeonnement de la caisse.

6 Novembre. — Le malade est manifestement mieux. La température est au-dessous de 37°5, comme si la température des jours précédents avait été sous la dépendance de l'otorrhée droite. Cependant, la plaie à gauche n'est pas satisfaisante : malgré tous les soins, on est obligé de lutter contre la fistulisation.

25 Novembre. — Le malade paraît aller tout à fait bien. La température est tombée autour de 37 degrés ; on ne la prend plus régulièrement. La plaie mastoïdienne seule tarde à se fermer ; on ne sent pas d'os dénudé dans la plaie. Cette lenteur dans la cicatrisation est le seul symptôme anormal, ainsi que la persistance d'une certaine lourdeur occipitale, accompagnée parfois de céphalée, dont le malade parle d'ailleurs en riant dans la journée, mais dont il se plaint fortement le soir ou la nuit.

13 Décembre. — Rien de particulier jusqu'à aujourd'hui, si ce n'est que la plaie, presque cicatrisée, est restée ouverte plus longtemps que normalement. Le soir, le malade se plaint assez brusquement d'une très violente céphalée qui ne cède pas aux antinévralgiques.

14 Décembre. — La céphalée a persisté aussi forte. La température est de 39 degrés. Pas de modification du pouls. Le malade a vomi le matin. A l'examen, il semble qu'il existe un peu de raideur de la nuque.

15 Décembre. — L'état s'est encore aggravé ; le syndrome méningé s'est installé au complet en vingt-quatre heures : température à 39 degrés ; vomissements ; raideur excessivement prononcée de la nuque, à tel point que le malade a la tête renversée en arrière. Nystagmus spontané bilatéral dans les positions extrêmes du regard.

Deuxième intervention (docteur Lannois). — La ponction lombaire est faite à trois ou quatre reprises par M. Lannois sans aucun résultat, alors que l'aiguille pénètre parfaitement dans le cul-de-sac rachidien.

Nouvelle incision rétro-auriculaire. Après avoir reconnu les limites de la première cavité opératoire, on arrive de suite au niveau du plafond de l'antre et on retrouve le point de la dure-mère mis à nu dans l'intervention précédente ; à ce niveau, il existe même un petit séquestre qu'on enlève avec une pince. La dure-mère est mise à nu sur une grande étendue. Pas de collection extra-durale. Incision cruciale de la dure-mère ; il s'écoule un liquide céphalo-rachidien nettement louche qu'on recueille pour l'examen cytologique. Le cerveau fait hernie par l'ouverture de la dure-mère ; on fait à son intérieur plusieurs ponctions dans diverses directions, sans résultat. Pansement.

16 Décembre. — Malgré l'intervention les symptômes méningés s'accroissent.

17 Décembre. — Etat de plus en plus grave. Le soir, température à 40°9.

Mort le 18, dans la matinée.

Autopsie vingt-quatre heures après.

A l'ouverture du crâne : leptoméningite purulente généralisée. Le labyrinthe n'a pas de pus. Il existe la perte de substance osseuse déjà indiquée au niveau du toit de l'antre. La méningite a dû se produire directement par ce point d'ostéite. Du côté de la moelle : après ouverture du canal rachidien et des méninges, on constate une véritable gaine de pus épais et jaune, presque semblable à une fausse membrane, enveloppant la moelle sur toute sa hauteur et comblant le cul-de-sac lombaire. Cet état explique les ponctions blanches successives faites en octobre et en décembre avant les deux interventions. D'ailleurs, on voit encore les traces des piqûres des méninges.

L'examen de ce pus prélevé aseptiquement révèle la présence de très nombreuses espèces microbiennes dont la plupart sont des bacilles de la putréfaction.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, obtenu à la deuxième intervention après incision de la dure-mère, avait montré de nombreux globules rouges et de très nombreux globules blancs ; la formule leucocytaire était : 25 % de polynucléaires, 75 % de lymphocytes. On n'avait découvert aucun microbe sur les préparations. Il s'est donc bien agi, dans ce cas, d'une leptoméningite purulente, avec lésions anatomiques diffuses dès le début, qui a eu, malgré cela, une évolution clinique très prolongée et qui a présenté des rémissions de longue durée.

La généralisation anatomique n'est pas douteuse dès la première intervention. Le malade est entré avec une céphalée occipitale violente, une démarche ébrieuse et un état anormal d'excitation avec agitation ; il vomissait depuis trois jours. Enfin, et surtout, la ponction lombaire, faite à plusieurs reprises et pénétrant dans le cul-de-sac rachidien, est restée blanche comme d'ailleurs elle le restera à la deuxième intervention, à cause de la gaine de pus épais qui comblait déjà le cul-de-sac lombaire.

Cliniquement, l'évolution a duré deux mois. Dans cet intervalle le malade a présenté des signes bizarres au moment de leur observation mais très intéressants à suivre, lorsqu'on les examine longtemps après, l'autopsie faite. Il a eu des périodes de bien-être relatif ou presque complet, même sans fièvre,

d'abord pendant les quelques jours qui ont suivi l'intervention mastoïdienne, puis, détail plus curieux, pendant le mois qui a précédé le syndrome méningé terminal, il a eu des périodes de malaise, du 22 au 9 octobre par exemple, et du 1^{er} au 4 novembre : à ces moments, la température a été plus élevée, mais il se plaignait uniquement de céphalées occipitales très violentes, surtout la nuit ; il avait un caractère changeant, irascible la nuit, optimiste le jour.

Jamais, toutefois, il n'a eu de bien-être absolu pendant les rémissions. Même dans les meilleures périodes, il s'est toujours plaint un peu de la tête. De plus, on a toujours été frappé de la lenteur que mettait la plaie à se combler dans la profondeur et aussi de la température qui n'est jamais descendue au-dessous de 37°5.

D'autre part, même dans les périodes de souffrance entre les rémissions, après la première intervention, aucun symptôme ne pouvait faire songer à une complication méningée. Dès la trépanation mastoïdienne du début, les vomissements ou nausées, la démarche ébrieuse et l'excitation avec agitation incessante, le nystagmus, avaient disparu complètement. Le malade se levait, marchait sans trouble, mangeait avec appétit, alors que ses méninges étaient tapissées de pus.

OBSERVATION II

Observation publiée par MM. LANNOIS et SARGNON

Société médico-chirurgicale militaire, XIV^e Région (16 mai 1916)

E... S..., 38 ans, du 6^e colonial, pêcheur de son métier, entre le 6 avril 1916, à Desgenettes, dans le service de M. Lelorrain, avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale ; il a des maux de tête depuis un mois, mais ne s'est mis au lit que le 3 avril avec une céphalée intense. Il a eu des vomissements les 5 et 6 avril, et présente de la raideur de la nuque et du rachis; du Kernig, de l'exagération du réflexe rotulien à droite. Lucidité parfaite. Une ponction lombaire donne 40 cm. 3 de liquide trouble qu'on remplace par 40 cm. 3 de sérum anti-méningococcique et que l'examen ultérieur indique comme contenant de l'entérocoque.

Mais l'interrogatoire avait révélé à M. Lelorrain que cet homme avait, depuis l'âge de 13 ans, une otorrhée gauche qui n'avait jamais cessé ; que, sur le front, il avait eu des douleurs de tête qui l'avaient fait évacuer deux fois ; qu'à Orléans, on lui avait enlevé des polypes de l'oreille. Aussi confia-t-il à MM. Lannois et Sargnon ce malade qui fut trépané le 7 avril.

L'apophyse était petite, compacte, l'*antre*, petit et haut situé, ne contenait pas de pus, mais seulement des fongosités avec un point manifestement carié au niveau de son toit. Pas d'abcès extra-dural. La dure-mère est mise largement à nu et la brèche osseuse prolongée par le toit de l'aditus, certainement malade, jusqu'à la partie supérieure de la caisse. Celle-ci est pleine de pus et de fongosités qui sont soigneusement curettées.

La sélection de symptômes graves fut rapide, surtout de la céphalée. En deux jours, la température tombait de 39°6 autour de 38° et l'on pouvait atténuer la sévérité du pronostic. Le traitement consista en grands bains chauds et en ponctions lombaires que M. Lelorrain, malgré les réponses négatives du laboratoire, accompagna d'injections de sérum. Tous les liquides examinés ont donné une forte prédominance des lymphocytes : 60 à 75 contre 25 à 40 polynucléaires.

La particularité la plus intéressante de cette observation est l'évolution prolongée de la méningite : 6 jours après la trépanation, rechute de tous les symptômes avec 39°7 et deuxième rechute avec 39°5, le douzième jour. A ce moment, il paraît guéri, et on le fait passer du service de M. Lelorrain aux troisièmes blessés où il est plus facile de faire ses pansements. Là, il est pris brusquement, un soir, d'obnubilation et de céphalée intense (2 mai), lui arrachant des cris, et le même phénomène se reproduit le 7 mai, juste un mois après l'opération et trente-quatre après l'entrée à l'hôpital.

On jugera de l'état dans lequel était ce malade lorsque nous avons dit qu'il fut ponctionné le 7 mai au soir ; que cette petite opération parut fort douloureuse et lui arracha des cris et que, cependant, le lendemain, il n'en avait gardé aucun souvenir. Il est à noter que cette ponction donna du liquide très louche, ainsi que celle du lendemain et que le liquide conte-

nait, ces deux fois, une énorme proportion de polynucléaires, 80 à 90 %.

Actuellement le malade peut être considéré comme bien guéri.

OBSERVATION III

O. BRIEGER

Verhandl. der deutsch. Otol. Gesellschaft, 1899

Un homme de 23 ans, porteur d'un ancien cholestatome suppuré, déclare souffrir, depuis deux ans environ, de maux de tête qui sont surtout localisés à la nuque et au côté de la tête qui correspond à l'oreille malade. Ces maux de tête arrivent à être des crises qui durent plusieurs jours pendant lesquels on observe un état de somnolence caractéristique combiné à un état convulsif. Dans l'intervalle de ces crises, il reprenait son état habituel de bonne santé. Ces accès devenant plus fréquents et plus forts, le malade vint consulter. A l'examen, aucun signe anormal, sauf une légère exagération des réflexes tendineux et un aspect flou des deux pupilles.

On pratique alors à froid une cure radicale ; mais trois jours après l'intervention, s'installe à la suite d'une nouvelle crise douloureuse une méningite classique qui se termine par la mort.

L'autopsie montre que le point de départ était le labyrinthe, que le chemin suivi ensuite était le conduit auditif interne et que, à côté de cette méningite diffuse de la convexité, il y a des altérations plus anciennes, siégeant surtout sur la pie-mère au niveau du cervelet.

OBSERVATION IV

O. BRIEGER

Un homme ayant une otite moyenne suppurée faisait, depuis les deux années qui précédèrent sa mort, des attaques répétées d'une allure inflammatoire endocrânienne faisant penser, tantôt à un abcès du cerveau, tantôt à un thrombose du

sinus, et qui provoquèrent des tentatives opératoires répétées dans les grands différents services.

Le malade m'arriva, se plaignant, sans pouvoir préciser, de douleurs à la tête et surtout dans le cou.

En l'absence de tout signe objectif pouvant faire diagnostiquer une collection endocrânienne et surtout eu égard à l'anamnèse et à l'impression générale, je posais le diagnostic d'hystérie. Après quelques quatorze jours d'observation pendant lesquels le malade se plaignait de plus en plus de grandes douleurs dorsales, mais pendant lesquels ne se manifestait aucun signe objectif de maladie cérébrale, malgré les plus minutieuses observations, brusquement se manifesta de la fièvre et de la raideur de la nuque. Le malade mourut environ 24 heures après.

Ici encore, l'autopsie montre de vieux épaississements couenneux de la substance blanche dans le domaine de la partie moyenne et postérieure de la fosse cérébrale, des exsudats sur la dure-mère et une méningite presque exclusivement spinale.

OBSERVATION V

MM. LANNOIS et SARGNON

Observation déjà publiée (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale militaire de la xiv^e région*. Séance du 16 mai 1916).

Fr... L., 45 ans. Arrive à Desgenettes le 13 avril 1916, évacué d'Epinal, avec une suppuration datant du 25 mars.

Le 14 avril, il présente des signes non douteux de méningite, décubitus en chien de fusil, périodes d'agitation, céphalée intense, raideur légère de la nuque ; Kernig, grands vomissements, fièvre, grand nystagmus spontané dans toutes les positions de l'œil.

Il est opéré d'urgence. Une ponction lombaire, sur la table d'opération, donne sous tension, 30 cm. 3 d'un liquide franchement jaunâtre et puriforme qui s'est fortement teinté de sang à la fin.

Ultérieurement, l'examen nous indiquait : culot hématique, lymphocytes 80 %, polynucléaires, 20 %. Pas de microbes.

A l'intervention : une grosse cellule fongueuse à la pointe, un antre petit, profond, simplement fongueux, une grosse cellule pleine de pus au-dessus du conduit auditif. On met d'abord la dure-mère à nu au-dessus de l'antre, et on la trouve saine, mais en prolongeant l'ablation de l'os dans la direction du toit de la caisse, on trouve que l'os est malade, nettement carié au-dessus de la caisse, où il paraît y avoir un trou et qu'à ce niveau la surface externe de la dure-mère est altérée ; il n'y a pas d'abcès extra dural.

Le 15 avril, le malade a continué à vomir jusqu'au lendemain ; on lui avait donné un grand bain chaud et fait une injection d'huile camphrée. Il a des flots d'albumine. Il est nettement mieux, a toute sa lucidité, n'a presque plus mal à la tête. Les pupilles sont contractées, mais réagissent ; le nystagmus n'est plus incessant et ne se produit plus que dans le regard latéral ; il est beaucoup plus marqué à droite. La température est encore de 40°. Une ponction lombaire, faite le soir même, donne 30 cm. 3 de liquide louche, mais non purulent ; ce liquide a donné une grosse prédominance de lymphocytes, 95 %.

L'amélioration se continua les jours suivants et, le 20 mai, la température était définitivement tombée au-dessous de 38°.

La thérapeutique active a consisté en deux bains chauds par jour, une ponction lombaire et quelques stimulants diffusibles. Un fait très intéressant à noter chez ce malade est, qu'au cinquième jour, le nystagmus changea de côté et cessa dans la vision à droite pour être encore très marqué, pendant plusieurs jours, dans la vision à gauche ; il est vraisemblable que le premier était dû à l'irritation labyrinthique, le second à des lésions de la corticalité.

Le malade est guéri sans qu'actuellement il lui reste rien de la grave lésion à laquelle il vient d'échapper.

OBSERVATION VI (Résumée)

J. HOLLINGER. (*The Laryngoscope*, février 1911.)

Une femme de 28 ans prend une méningite aiguë à la suite d'une otite moyenne suppurée. Elle guérit, mais sept mois

après, sous l'influence d'une nouvelle otite moyenne elle présente un deuxième syndrome méningé et meurt en quatre jours.

A l'autopsie on trouve, à côté de la leptoméningite récente, des adhérences et des épaissements grisâtres en trainées jusqu'à la convexité de la dure-mère, indiquant l'étendue de la première méningite cicatrisée.

CONCLUSIONS

1° A côté des formes classiques de méningite otogène aiguë, évoluant en une dizaine de jours environ, il faut faire une place à des formes à évolution lente entrecoupée parfois de rémissions.

2° Ces formes prolongées se caractérisent au point de vue clinique par une symptomatologie souvent incomplète et atténuée avec, dans les formes à rémissions, des périodes plus ou moins longues de bien être relatif.

3° Leur diagnostic, en raison de l'atténuation des symptômes, présente parfois de grandes difficultés.

La ponction lombaire à laquelle on devra toujours avoir recours permettra, grâce à la constatation dans le liquide céphalo-rachidien de pus, de microbes ou même seulement de nombreux polynucléaires, de poser un diagnostic ferme et de pratiquer une intervention précoce.

4° Le pronostic de ces formes de méningites est, en général, moins grave que celui des formes classiques : leur curabilité paraît à l'heure actuelle démontrée.

5° L'intervention, aussi précoce que possible, s'impose ici, comme dans tous les cas de méningite otogène : elle consistera en la suppression radicale du foyer infectieux par évidement complet de la mastoïde, ainsi qu'en mise à nu du sinus et de la dure-mère. L'incision cruciale de celle-ci est abandonnée à l'heure actuelle.

On adjoindra à ce traitement chirurgical un traitement médical. Il consistera en des ponctions lombaires répétées et de grands bains chauds.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
D^r LANNOIS.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 novembre 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDRER. — Sur le traitement chirurgical de la méningite otogène (*Wien. deutsch. mediz. Wochensch.*, n° 38, 1905).
- BERGMANN. — Résultat des interventions dans les maladies de l'oreille, 2^e édit., Berlin 1899.
- BLANLUET. — La leptoméningite purulente otogène (*Thèse*, Paris 1908).
- BRIEGER. — *Verhand. des deutsch. otol. Gesellschaft*, 1902 et 1899.
- FRIEDREICH. — Du traitement chirurgical de la méningite cérébro-spinale d'origine otique (*Deutsch. mediz. Wochenschen.* 4 août 1904).
- GRADENIGO. — La leptoméningite d'origine otique (*Société italienne de laryngologie*, 1895).
- GAUTHIER. — Guérison et curabilité des méningites aiguës (*Thèse*, Lyon 1908).
- HENNEBERT. — *Société belge d'otologie*, juin 1902).
- JACCOUD. — *Clinique médicale*, 1884-1885.
- LABBÉ et FROIN. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 9 janvier 1903.
- LANNOIS et JACOD. — La méningite otogène à rémissions (*Revue de Laryngologie*, mai 1914).
- LANNOIS et PERRETIÈRE. — *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, juillet 1906.
— *Lyon Médical*, 1906, tome 2, page 253.

- LANNOIS et SARGNON. — *Revue de Laryngologie* (15 juillet 1920).
- LERMOYEZ. — *Annales des maladies de l'oreille*, oct. 1904.
- LERMOYEZ et BELIN. — *Presse Médicale*, 22 octobre 1904.
- LAURENS G. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique, Paris 1906.
- LEUTERT. — *Arch. f. Ohren.*, t. LIII.
- PERRIN. — La méningite otogène à forme foudroyante (*Thèse*, juillet 1915).
- SICARD J.-A. — Pratique médico-chirurgicale (Méningite otogène).
- SURREAU. — Contribution à l'étude de la méningite otogène aiguë (*Thèse*, Lyon 1920).
- WIDAL. — *Journal des praticiens*, 1906.
-

IMPRIMERIE EXPRESS
46, RUE DE LA CHARITÉ
- - LYON - -

